

**БОЛАЛАРДА БИТИШМА КАСАЛЛИГИНИ ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ****Ж. Б. Саттаров<sup>1</sup>, Н. С. Хайдаров<sup>2</sup>, Ф. М. Хуррамов<sup>1</sup>, Н. Н. Назаров**<sup>1</sup>Тошкент педиатрия тиббиёт институти, Тошкент,<sup>2</sup>Фарғона жамоат саломатлиги тиббиёт институти, Фарғона, Ўзбекистон**Таянч сўзлар:** битишма касаллиги, битишмага қарши даво, лапароскопик адгезиолиз, болалар.**Ключевые слова:** спаечная болезнь, противоспаечная терапия, лапароскопический адгезиолизис, дети.**Key words:** an adhesive disease, antiadhesive therapy, laparoscopic adhesiolysis, children

Битишма касаллиги билан оғриган 231 нафар бемор болаларни даволаш натижалари асосида касалликнинг клиник ва эхографик кўринишини баҳолаш, битишма жараёнига қарши даво курси ва лапароскопик адгезиолизни ўз ичига олган ташхислаш ва даволаш. Касалликни консерватив даволаш муддати ва усуллари, шунингдек, жарроҳлик аралашувига кўрсатмалар аниқланди. Ишлаб чиқилган консерватив чора-тадбирлар мажмуасининг қўлланилиши 133 (57,6%) нафар беморда ижобий натижага эришиш имконини берди. 98 нафар беморларда жарроҳлик аралашувининг натижалари яхши деб баҳоланди.

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРИ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ У ДЕТЕЙ****Ж. Б. Саттаров<sup>1</sup>, Н. С. Хайдаров<sup>2</sup>, Ф. М. Хуррамов<sup>1</sup>, Н. Н. Назаров**<sup>1</sup>Ташкентский педиатрический медицинский институт, Ташкент,<sup>2</sup>Ферганский медицинский институт общественного здоровья, Фергана, Узбекистан

На опыте лечения 231 ребенка со спаечной болезнью разработан алгоритм диагностики и лечения, включающий оценку клинической и эхографической картин заболевания, проведение оригинального курса противоспаечной терапии и лапароскопический адгезиолизис. Определены сроки и методы консервативного лечения заболевания, а также показания к хирургическому вмешательству. Применение разработанного комплекса консервативных мероприятий позволило добиться положительного результата у 133 больного (57,6%). 98 больных были оперированы с хорошими исходами.

**DIAGNOSIS AND TREATMENT FOR ADHESION DISEASE IN CHILDREN****Zh. B. Sattarov<sup>1</sup>, N. S. Khaidarov<sup>2</sup>, F. M. Khurramov<sup>1</sup>, N. N. Nazarov**<sup>1</sup>Tashkent pediatric medical institute, Tashkent,<sup>2</sup>Fergana Medical Institute of Public Health, Fergana, Uzbekistan

The algorithm of diagnostics and the treatment adhesive disease is developed on experience of treatment 231 children. Algorithm basis have compounded sonography of abdomen, antiadhesive therapy and laparoscopic adhesiolysis. The timing and methods of conservative treatment of the disease, as well as indications for surgical intervention, were determined. The use of the developed set of conservative measures made it possible to achieve a positive result in 133 patients (57.6%). 98 patients were operated on with good outcomes.

**Долзарблиги.** Битишма касаллиги (БК) – патогенетик асоси қорин бўшлиғида битишмаларнинг ҳосил бўлиши бўлиб, клиник жиҳатдан ошқозон-ичак трактининг эвакуация функциясининг бузилиши ҳамда қориндаги такрорланувчи оғриқ синдроми билан ифодаланувчи касаллик [1]. Бу касалликда беморларнинг асосий шикоятлари – қорин оғриғи, қусиш, кечки босқичларида эса ичининг келмаслиги ва газларнинг ушланиб қолиши. Беморнинг анамнезидан қорин бўшлиғида жарроҳлик аралашуви ўтказилганлиги ҳақидаги маълумот аниқланади [7].

Қорин бўшлиғидаги битишмалар жараён – бу қорин бўшлиғидаги патологик жараённи чегаралашга қаратилган тананинг химоя реакцияси бўлиб, ушбу жараён қорин бўшлиғи аъзоларининг оғир юқумли ёки травматик шикатсланишлари билан курашишга имкон беради. Шу билан бирга, қорин бўшлиғидаги битишмалар жараён БК ва унинг асорати – битишмалар ичак тутилишининг (БИТ) энг асосий сабабларидан. БКни даволашда анъанавий усуллар самарадорлигининг пастлиги, рецидивнинг кўп учраши ва такрорий жарроҳлик аралашувлардан кейин ўлим даражасининг юқорилиги (1,4-12% ни ташкил қилади), бизни ушбу муаммони ҳал қилишда янги ёндошувларни излашга ундади [3,5,11].

БК мураккаб симптомлар мажмуаси билан тавсифланиб, унда қориндаги оғриқ синдроми устунлик қилади [6,8,12]. Оғриқ хуружларининг интенсивлиги ва частотаси ўзгарувчан бўлиб, оғир ҳолатларда, ҳатто парҳезнинг бироз бузилиши ёки оддийгина жисмоний фаолият кучли оғриқ, кўнгил айниши ва қусишни келтириб чиқаради. Ушбу фонда астено-вегетатив бузилишлар ривожланади, БК яққол намоён бўлган беморларнинг ҳаёт сифати сезиларли даражада пасаяди ва уларнинг ижтимоий мослашуви бузилади [3,7,10].

БКнинг энг хавфли кўриниши – битишмалар ичак тутилиши – кўп ҳолларда такрорий

жарроҳлик аралашувини талаб қилади, бу муқаррар равишда янада кўпроқ янги битишмалар пайдо бўлишига олиб келади. Адабиёт маълумотларига кўра, болалар касалликлари амалиётда ушбу турдаги ичак тутилишининг бошқа турлари орасида улуши 30-40% ни ташкил қилади. Болалардаги барча реллапаротомияларнинг 60% битишмалари ичак тутилиши сабабли амалга оширилади. 7-10% ҳолларда битишмалари жараён авж олиб борувчи характерга бўлиб, рецидивланувчи БКнинг клиник кўринишини келтириб чиқаради [2,4,7,9,11].

БКни даволаш натижаларини яхшилашнинг асосий усулларидан бири – касалликни эрта ташхислаш. Шу билан бирга, анъанавий рентгенологик текширув усулларининг (умумий рентгенография, қорин рентгеноскопияси) ахборот қиймати битишма касаллигида паст даражада бўлиб, у 50-60% ни ташкил қилади [2-3,7,11,12]. Сўнгги йилларда БКни ташхислаш учун ультратовуш текширув усулини қўллаш тобора кенг тарқалмоқда [10,12]. Радиация таъсирининг йўқлиги, оғриқсизлиги, текширишнинг нисбатан тезкорлиги ва усулнинг инвазив эмаслиги уни қайта-қайта қўллашга имкон беради, шу жумладан динамик эхографик назорат мақсадида ҳам.

Анъанавий очик жарроҳлик даволаш усулининг муқобили бўлиб ҳозирги кунда минимал инвазив аралашув – лапароскопик адгезиолиз усули ҳисобланади [2,3]. Лапароскопик кесимда тўқималарнинг минимал даражада шикастланиши қорин бўшлиғида битишмалар ва улар билан боғлиқ асоратларни ривожланиши учун камроқ шароит яратади [6,7]. Қорин бўшлиғини тўмтоқ учли троакар ёрдамида тўғридан-тўғри пункция қилишнинг авайловчи, хавфсиз ва самарали усули ёрдамида пункцияга оид асоратлар (йирик томирлар ва ковак аъзоларнинг шикастланиши) ривожланиш хавфи муваффақиятли олди олинади [3]. Лапароскопия қорин бўшлиғидаги битишмалари жараённинг жойлашувини, унинг ифодаланганлик даражасини ва битишма конгломератида иштирок этадиган ичак қовузлоқларининг ҳолатини баҳолашга имкон беради.

Қорин бўшлиғидаги битишмалари жараёнга таъсир қилиш операциядан кейинги битишмалар патогенезининг замонавий тамойилларини ҳисобга олган ҳолда, клиникада ишлаб чиқилган махсус даво тактикасини қўллаш орқали эришилди [5,9].

Ультратовуш ташхислаш, дори-дармонлар билан битишмага қарши даво ва минимал инвазив аралашувлар орқали жарроҳлик шикастланишини камайтириш каби ўзаро боғлиқ муаммоларни ҳал қилиш болаларда БК ташхислаш ва даволаш учун таклиф қилинган алгоритм ёрдамида амалга оширилди [3,5,7,12].

**Тадқиқотнинг мақсади** – қорин бўшлиғи битишма касаллиги билан оғриган беморларда ташхислаш ва даволаш.

**Тадқиқотнинг материалари ва услублари.** Тадқиқот иши 2018-2023 йиллар мобайнида клиникада даволанган 231 нафар жарроҳликдан аралашувидан кейинги қорин бўшлиғида битишмалари асоратларга учраган беморларни текшириш ва даволаш натижаларига асосланган. Беморларнинг ёши 3 ойдан 18 ёшгачани ташкил этди. 174 (75,3%) нафар бемор шифохонага бир марта, 36 (15,6%) нафар бемор – икки марта, 21 (9,1%) нафар бемор – 3 мартадан 11 мартагача ётиб даволанган.

Битишма касаллиги билан оғриган беморларнинг таҳлил қилинган гуруҳ қуйидаги кўринишлар билан ифодаланди:

- қорин бўшлиғи аъзоларида жарроҳлик амалиётини ўтказган болаларда жисмоний фаол ят пайтида ёки пархезни бузгандан кейин қусиш билан бирга келадиган такрорий қорин оғриғи;
- консерватив даво чоралар жараёнида бартараф этилган тўлиқ ёки қисман битишмалари ичак тутилишининг клиник белгилари;
- қорин бўшлиғи аъзоларида жарроҳлик аралашуви ўтказган болаларда қорин бўшлиғи битишмаларининг мавжудлиги ва тарқалишининг сонографик белгилари.

**Эхографик текширув техникаси.** Касалликнинг клиник белгиларини (оғриқнинг жойлашуви, жарроҳликдан кейинги чандиқларнинг мавжудлиги) ҳисобга олган ҳолда, қорин бўшлиғининг мўлжалланган ҳудудда 0-режимда полипозицион сканерлаш (қорин бўшлиғининг узунасига ва кўндалангига бажарилган бир қатор сканлари) амалга оширилади, бунда экранда ичак найининг бўйлама кесими чиқарилади ва висцеро-висцерал ва висцеро-париетал битишмалар аниқланади. Катта ёшдаги болаларда ушбу текширувни нафасни ушлаб туриш фонидида бажариш тавсия этилади.

Қорин бўшлиғидаги битишмали жараённи тавсифлаш учун иккита белги инобатга олинди: ичак қовузлоқларида конгломератнинг мавжудлиги ва ичак қовузлоқларининг париятал ёки висцерал қорин пардага фиксацияланганлигини кўрсатадиган – фиксацияланган ичак ҳалқаси белгиси (ФИХБ).

**Лапароскопия.** Асосий шартлардан бири видеолапароскопиядан фойдаланиш бўлди. Троакарни биринчи киритиш жойи ультратовуш текширув маълумотларига кўра, қорин олд деворидаги жарроҳликдан кейинги чандиқларнинг жойлашувини ҳисобга олган ҳолда аниқланди (контрлатерал). Троакар билан эндоскоп қорин бўшлиғига киритилиб, шундан сўнг қорин бўшлиғига 14 мм.сим.уст.гача CO<sub>2</sub> юборилади (карбоксиперитонеум), қорин бўшлиғининг кўриш мумкин бўлган қисмлари кўздан кечирилади ва текширилади. Лапароскопик адгезиолиз стандарт эндовидеолапароскопик комплекс ёрдамида амалга оширилди. Керакли асбоб-ускуналар тўпламига атравматик қисқичлар-грасперс, қайчи ва биполяр ёки ультратовушли коагуляторлар киради. Лапароскопия пайтида, кейинги қон кетишининг олдини олиш учун битишмалар кесилишидан олдин электрокоагулятор билан коагуляция қилиниши зарур. Битишмаларни кесиш лапароскопик қайчи ёрдамида амалга оширилди, жарроҳликдан олдинги тайёргарлик ўтказилган беморларда битишмаларнинг аксарият қисмини тўмтоқ усулда, қонсиз ажратишга эришилди.

**Битишмага қарши даво усули.** Купренил кунига бир маҳал (кундузи – овқатланиш оралиғида), ҳар куни буюрилди. Дозаси: 2 ёшгача бўлган болалар – 1/4 таблетка (65 мг); 2 ёшдан 4 ёшгача – 1/3 таблетка (85 мг); 4 ёшдан 8 ёшгача – 1/2 таблетка (125 мг); 8 ёшдан катта – 1 таблетка (250 мг). Физиотерапевтик муолажалар (коллализин билан электрофорез) ҳар куни амалга оширилди. Бунда боланинг ҳолати – орқаси билан ётган ҳолда; электродларнинг жойлашуви – кўндаланг. Иккита электрод қўлланилади, уларнинг майдони (200-300-400 см<sup>2</sup>) беморнинг ёшига қараб танланади. Бир электрод қорин олд деворига жойлаштирилади ва мусбат кутбга уланади, иккинчиси – бел соҳасига жойлаштирилади ва манфий кутбга уланади. Коллализин дори моддаси мусбат электроддан киритилади. Ток кучи – 10 мА. Жараённинг давомийлиги: биринчи сеанс – 3-5 дақиқа, кейинги сеанслар – 6-8 дақиқани ташкил этади.

**Тадқиқот натижалари ва уларнинг муҳокамаси.** БК билан оғриган беморларнинг даволаниш турлари бўйича тақсимланиши 1 жадвалда келтирилган.

Кузатувимиздаги БК билан оғриган 231 нафар бемордан 29 (12,5%) нафариди лапароскопик адгезиолиз режали равишда амалга оширилди, 8 (27,6%) беморда конверсия талаб қилинди, қолган 133 (57,6%) нафар беморда консерватив даво ўтказилди.

Қорин бўшлиғи аъзоларида бажарилган жарроҳлик аралашувларидан сўнг ривожланган қорин оғриғи синдроми бўлган барча беморлар умумий клиник текширувлар билан бир қаторда қорин бўшлиғининг ультратовуш текширувидан ўтказилди. Битишма жараённинг эхографик белгилари аниқланмаган ҳолатларда, оғриқ синдромининг сабабини аниқлашга қаратилган қўшимча инструментал ва лаборатория текширувлари ўтказилди (қорин бўшлиғи аъзолари рентгенографияси, ошқозон ичак тракти пассажи, ирригография, ФЭГДС, урография, КТ ва бошқалар). Патология аниқланганда, беморлар тегишли мутахассисларга юборилди: гастроэнтеролог, нефролог ва бошқалар. Эхографик текширувда битишмалар мавжудлиги аниқланган беморларни даволаш тактикаси оғриқ синдромининг оғирлиги ва касаллик анамнезига боғлиқ бўлди. Енгил ва ўртача интенсивликдаги оғриқларда битишмага қарши давонинг тўлиқ курси белгиланди, кейин ультратовуш текшируви ўтказилди. Кучли оғриқ синдроми бўлган беморлар, шунингдек, сўнгги 3 ой давомида битишмали ичак тутилиши хуружи кузатилган беморлар – битишмага қарши даво курси бир вақтнинг ўзида режали операцияга тайёргарлик кўриш билан бирга олиб борилди.

1 жадвал.

**Беморларнинг даволаниш тури бўйича тақсимланиши.**

Даво тури	Беморлар сони	
	Абс.	%
Консерватив даво	133	57,6
Лапароскопик адгезиолиз	29	12,5
Лапаротомия, битишмаларни ажратиш	69	29,9
<b>Жами:</b>	<b>231</b>	<b>100</b>

Битишмага қарши давонинг биринчи курсидан сўнг қорин бўшлиғининг такрорий ультратовуш текшируви ўтказилди. Агар қориндаги оғриқнинг йўқолиши битишмаларни эхографик белгиларининг йўқолиши билан бирга бўлса, парҳезга риоя қилган ҳолда беморлар 3-5 йил давомида ва ҳар 6 ойда бир марта ультратовуш текширувини ўтказиш билан амбулатория кузатувиغا чиқарилди.

Оғриқ синдромининг ижобий динамикаси ва битишмаларни эхографик белгилари мавжуд ёки йўқ бўлган беморларга 1 ойдан кейин битишмага қарши давонинг иккинчи курси белгиланди. Клиник белгиларнинг намоён бўлишига қараб, такрорий даволаш курслари ўтказилди.

Битишмага қарши даво курси клиник самара бермаган ҳолатлар лапароскопик адезиолизни амалга ошириш учун кўрсатма бўлиб ҳисобланди. Лапароскопик адезиолиз аралашувидан сўнг беморларга 7 кун давомида рецидивга қарши даво курслари ўтказилди. Адезиолизни бошда кечирган беморларга 3 ойлик оралик билан 10 кун давомида 2-3 курс битишмага қарши даво буюрилди, сўнгра эхографик мониторинг ўтказилди. Кейинчалик, бу болалар биринчи йил давомида ҳар 3 ойда, кейинчалик 3-5 йил давомида ҳар 6 ойда бир марта мажбурий такрорий тиббий кўрик ва ультратовуш текшируви билан амбулатория шароитида кузатилди. Консерватив даво курслари сони индивидуал равишда белгиланди, бу жарроҳлик аралашувининг ҳажмига, клиник самарадорликнинг даражасига ва эхографик белгиларнинг динамикасига боғлиқ.

Лапароскопик аралашув пайтида яққол битишмалари жараён ва ички аъзоларга зарар етказиш хавфи юқори бўлган ҳолатлар конверсия ва видео-ассистентлик усуллари ёрдамида очиқ лапаротомия учун кўрсатма бўлди. Шу билан бирга, қорин бўшлиғини визуал текшириш аралашувининг травматик хусусиятини кучайтирадиган кераксиз кенгайтирилган лапаротомиялардан воз кечиш имконини берди.

БК билан 231 нафар беморда битишмага қарши 1-2 даволаш курсининг узок муддатли натижаларини ўрганиш шуни кўрсатдики, 133 (57,6%) нафар бемор оғриқнинг давом этиши ёки қайталаниши сабабли касалхонага қайта ётқизилди, улардан 98 (42,4%) нафари ўткир битишмалари ичак тутилиши белгилари билан ётқизилиб, шошилиш кўрсатмаларга биноан кўра операция қилинди. Қорин бўшлиғида тарқоқ (диффуз) битишмалари жараён аниқланган 24 нафар беморнинг умумий ҳолатини барқарорлаштириш, оғриқларни бартараф этиш ва овқатланишини нормаллаштиришга эришилди, аммо ичак тутилиши ривожланиш хавфининг мавжудлиги беморларни домий равишда диспансер кузатувиغا олишни тақозо қилди.

**Хулоса.** БК билан оғриган беморларни жарроҳлик даволаш учун кўрсатмалар – консерватив даволаш клиник самарадорлигининг қониқарсизлиги ва ичак қовузлоқларини париетал ёки висцерал қорин пардага ёпишганлигини кўрсатувчи эхографик ва ичак тутилиши рентгенологик белгиларининг мавжудлиги ҳисобланади. Яққол ижобий клиник самарага эришилган беморларда, париетал ёки висцерал қорин пардага ёпишиб турган конгломератни эхографик ҳамда ичак тутилишининг рентгенологик белгилари бартараф этилганда, оғриқ синдроми батамом йўқолгунча бир нечта консерватив даво курслари ўтказилиши шарт.

#### Фойдаланилган адабиётлар:

1. Адамян А. В., Козаченко А. В., Кондратович Л. М. Спаечный процесс в брюшной полости: история изучения, классификация, патогенез (обзор литературы). Москва: Медиа-Сфера. 2013; 6: С.7-13.
2. Пономарева Е.Д., Рубцов В.В. Спаечная кишечная непроходимость у детей //Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы VI Международной научно-практической конференции молодых учёных и студентов, посвященной году науки и технологий, (Екатеринбург, 8-9 апреля 2021 г.) : в 3-х т. – Екатеринбург: УГМУ, 2021. – Т.2. – С. 1211-1214.
3. Саттаров Ж.Б., Хайдаров Н.С., Сайдалиев С.С., Жабборов Т.М.А. Спаечная кишечная непроходимость как одна из причин urgentных состояний у детей// Innovations in technology and science education. 2023. VOL. 2. ISSUE.14. P.372-381.
4. Сокольник С. А., Боднарь О. Б., Марчук О. Ф., Ватаманеску Л. И., Билокопытый В. С. Спаечная кишечная

- непроходимость, как осложнение дивертикулу меккеля у детей// Хирургия детского возраста. 2021.1 (70):107-111; doi 10.15574/PS.2021.70.107
5. Смоленцев М.М., Разин М.П. Оперативное лечение детей со спаечной кишечной непроходимостью на современном этапе // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1-8. – С. 1680-1684.
  6. Тимофеев М. Е., Фёдоров Е. Д., Бачурин А. Н. Лапароскопическое разрешение острой спаечной тонкокишечной непроходимости, причиной которой послужила ранее перенесенная лапароскопическая аппендэктомия. Эндоскопическая хирургия. 2014; 1: 48-51.
  7. Хуррамов Ф.М., Саттаров Ж.Б., Хамидов Б., Хайдаров Н.С. Болаларда корин бўшлиғи битишма касаллиғи//Педиатрия журналі. - 2024. №1. 553-559 бетлар.
  8. Alexander T M Nguyen , Andrew J A Holland. Paediatric adhesive bowel obstruction: a systematic review// *Pediatr Surg Int.* - 2021. 37(6): 755-763. doi: 10.1007/s00383-021-04867-5.
  9. Apfeld J.C., Cooper J.N., Gil L.A., Kulaylat A.N., Rubalcava N.S., Lutz C.M., et al. Variability in the management of adhesive small bowel obstruction in children//*J Pediatr Surg*, 57 (8) (2022), pp. 1509-1517.
  10. Cecilia Arana Håkanson, Fanny Fredriksson, Helene Engstrand Lilja. Paediatric Adhesive Small Bowel Obstruction is Associated with a Substantial Economic Burden and High Frequency of Postoperative Complications// *Journal of Pediatric Surgery* 58 (2023) 2249-2254.
  11. Nyak J, Campagna G, Johnson B, Stone Z, Yu Y, Rosenfeld E, et al. Management of pediatric adhesive small bowel obstruction: do timing of surgery and age matter? *J Surg Res* 2019; 243: 384-90. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2019.05.061>.
  12. Linden AF, Raiji MT, Kohler JE, Carlisle EM, Pelayo JC, Feinstein K, et al. Evaluation of a water-soluble contrast protocol for nonoperative management of pediatric adhesive small bowel obstruction. *J Pediatr Surg* 2019;54 (1):184e8. <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2018.10.002>.